

Form 9
格式 9

Case Investigation Report
病例调查表

Date of investigation 调查日期	____/____/____(YYYY/MM/DD) 年 月 日 Time: 时间:	Name of investigation organization 调查人所属机关名称	
Name of investigator 调查人姓名		Contact number of Investigator 调查人电话号码	
Reporting medical institution 申报医疗机关		Date of report 申报日期	____/____/____(YYYY/MM/DD) 年 月 日
		Contact number of reporting medical institution 申报医疗机关 电话号 码	

1. Personal Information
1. 个人资料

Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank.
填写调查对象个人资料或在相应事项上标示✓

1.1 Name 1.1 姓名		1.2 Nationality (based on the passport) 1.2 国籍(护照上)	
1.3 Date of birth 1.3 生年月日	(For foreign nationals, enter passport number) (外国人护照号码)	1.4 Gender and age 1.4 性别 年龄	○Male ○Female (Age) ○男 ○女(满 岁)
1.5 Occupation 1.5 职业		1.6 Contact number 1.6 电话号码(本人)	
1.7 Name of workplace(School) 1.7 单位名称(学校名称)		1.8 Contact number (guardian) 1.8 电话号码(监护人)	
1.9 Address 1.9 地址	Address (as shown on the resident registration card): 身份证地址:		
	Current address: 现居住地址:		

2. Current illness
2. 临床症状

Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time
of investigation
症状发生到调查时间为止的相关临床症状、征兆，标示✓或记述

2.1 Initial symptoms and date of onset 2.1 最初症状日/种类	Onset Date of initial symptoms: ____/____/____(YYYY/MM/DD) / symptoms : 症状日 : 年 月 日 / 种类 :														
2.2 Current signs and symptoms (Choose all relevant condition) 2.2 最近症状 征兆 (相关事项全部标示☑)	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="440 315 651 622" rowspan="5"> <input type="checkbox"/> General symptoms <input type="checkbox"/> 全身症状 </td> <td colspan="2" data-bbox="651 315 1559 622"> <input type="checkbox"/> Fever(°C) <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Sweats <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> 发热(°C) <input type="checkbox"/> 发寒 <input type="checkbox"/> 咽喉痛 <input type="checkbox"/> 发冷 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy (<input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Other) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> 淋巴结病症 (<input type="checkbox"/> 脖子 <input type="checkbox"/> 腋窝 <input type="checkbox"/> 腹股沟 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Back pain <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> 肌肉痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 无力症(虚弱感) <input type="checkbox"/> 疲劳 <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> 发痒 <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> 呕吐/恶心 <input type="checkbox"/> 其他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 622 550 734" rowspan="4"> <input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) <input type="checkbox"/> 皮肤病变 (发疹) </td> <td data-bbox="550 622 651 734">Date 时间</td> <td data-bbox="651 622 1559 734"> Onset of symptom : ____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: 最初发生日: 年 月 日 时间: </td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 734 651 835">Stage 种类</td> <td data-bbox="651 734 1559 835"> <input type="checkbox"/> Macules <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Scabs <input type="checkbox"/> 斑点 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 脓疱 <input type="checkbox"/> 焦痂 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 835 651 1014">Area 部位</td> <td data-bbox="651 835 1559 1014"> <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Trunk <input type="checkbox"/> Limbs <input type="checkbox"/> Palms of hands <input type="checkbox"/> Soles of the feet <input type="checkbox"/> 面部 <input type="checkbox"/> 身躯 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 脚底 <input type="checkbox"/> genitals <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> 生殖器周围 <input type="checkbox"/> 肛门周围 <input type="checkbox"/> 其他 () </td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 1014 651 1547">Characteristic 症状</td> <td data-bbox="651 1014 1559 1547"> first area of lesion: (), area spread () 最初发生部位() ~ 扩散部位 () <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> 皮肤病变, 有疼痛感 <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> 皮肤病变, 发痒 <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. <input type="checkbox"/> 身体各部位发疹的大小和发病阶段类似 (例: 脸部的脓疱, 腿部的水疱) <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. <input type="checkbox"/> 分际分明, 像肚脐眼一样中间凹陷 <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound. <input type="checkbox"/> 有出血性皮肤病变 </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> General symptoms <input type="checkbox"/> 全身症状	<input type="checkbox"/> Fever(°C) <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Sweats <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> 发热(°C) <input type="checkbox"/> 发寒 <input type="checkbox"/> 咽喉痛 <input type="checkbox"/> 发冷 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy (<input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Other) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> 淋巴结病症 (<input type="checkbox"/> 脖子 <input type="checkbox"/> 腋窝 <input type="checkbox"/> 腹股沟 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Back pain <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> 肌肉痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 无力症(虚弱感) <input type="checkbox"/> 疲劳 <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> 发痒 <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> 呕吐/恶心 <input type="checkbox"/> 其他()		<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) <input type="checkbox"/> 皮肤病变 (发疹)	Date 时间	Onset of symptom : ____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: 最初发生日: 年 月 日 时间:	Stage 种类	<input type="checkbox"/> Macules <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Scabs <input type="checkbox"/> 斑点 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 脓疱 <input type="checkbox"/> 焦痂	Area 部位	<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Trunk <input type="checkbox"/> Limbs <input type="checkbox"/> Palms of hands <input type="checkbox"/> Soles of the feet <input type="checkbox"/> 面部 <input type="checkbox"/> 身躯 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 脚底 <input type="checkbox"/> genitals <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> 生殖器周围 <input type="checkbox"/> 肛门周围 <input type="checkbox"/> 其他 ()	Characteristic 症状	first area of lesion: (), area spread () 最初发生部位() ~ 扩散部位 () <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> 皮肤病变, 有疼痛感 <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> 皮肤病变, 发痒 <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. <input type="checkbox"/> 身体各部位发疹的大小和发病阶段类似 (例: 脸部的脓疱, 腿部的水疱) <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. <input type="checkbox"/> 分际分明, 像肚脐眼一样中间凹陷 <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound. <input type="checkbox"/> 有出血性皮肤病变
<input type="checkbox"/> General symptoms <input type="checkbox"/> 全身症状	<input type="checkbox"/> Fever(°C) <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Sweats <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> 发热(°C) <input type="checkbox"/> 发寒 <input type="checkbox"/> 咽喉痛 <input type="checkbox"/> 发冷 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy (<input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Other) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> 淋巴结病症 (<input type="checkbox"/> 脖子 <input type="checkbox"/> 腋窝 <input type="checkbox"/> 腹股沟 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Back pain <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> 肌肉痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 无力症(虚弱感) <input type="checkbox"/> 疲劳 <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> 发痒 <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> 呕吐/恶心 <input type="checkbox"/> 其他()														
	<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) <input type="checkbox"/> 皮肤病变 (发疹)	Date 时间	Onset of symptom : ____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: 最初发生日: 年 月 日 时间:												
		Stage 种类	<input type="checkbox"/> Macules <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Scabs <input type="checkbox"/> 斑点 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 脓疱 <input type="checkbox"/> 焦痂												
		Area 部位	<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Trunk <input type="checkbox"/> Limbs <input type="checkbox"/> Palms of hands <input type="checkbox"/> Soles of the feet <input type="checkbox"/> 面部 <input type="checkbox"/> 身躯 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 脚底 <input type="checkbox"/> genitals <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> 生殖器周围 <input type="checkbox"/> 肛门周围 <input type="checkbox"/> 其他 ()												
		Characteristic 症状	first area of lesion: (), area spread () 最初发生部位() ~ 扩散部位 () <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> 皮肤病变, 有疼痛感 <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> 皮肤病变, 发痒 <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. <input type="checkbox"/> 身体各部位发疹的大小和发病阶段类似 (例: 脸部的脓疱, 腿部的水疱) <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. <input type="checkbox"/> 分际分明, 像肚脐眼一样中间凹陷 <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound. <input type="checkbox"/> 有出血性皮肤病变												
2.3 Description of symptoms in order 2.3 记述症状发生顺序	① Symptom (), Date of onset () ① 症状 (), 发生日 () ② Symptom (), Date of onset () ② 症状 (), 发生日 () ③ Symptom (), Date of onset () ③ 症状 (), 发生日 ()														
2.4 Medication history (within the past 6 months) 2.4 最近6个月以内服药史	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="440 1794 1018 1962"> <input type="radio"/> Yes (☞ Name of medication: <input type="radio"/> 有 (☞ 药名: (Reasons for taking the medication: (服用理由: </td> <td data-bbox="1018 1794 1559 1962"> Start/End Date : 服用日期: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 无 </td> </tr> </table>			<input type="radio"/> Yes (☞ Name of medication: <input type="radio"/> 有 (☞ 药名: (Reasons for taking the medication: (服用理由:	Start/End Date : 服用日期: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 无										
<input type="radio"/> Yes (☞ Name of medication: <input type="radio"/> 有 (☞ 药名: (Reasons for taking the medication: (服用理由:	Start/End Date : 服用日期: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 无														
2.5 Case status/	2.5.1 Case status 2.5.1 患者状态	<input type="radio"/> Alive <input type="radio"/> Died ☞ the following questions should only be asked if													

Record of visit to medical institution (within the past 3 weeks) 2.5 患者状态/ 医疗机构利用历 (最近3周以内)		the case reports 'Died'. <input type="radio"/> 生存 <input type="radio"/> 死亡 ➡ 下方记述		
	Date of death: ____/____/____(YYYY/MM/DD) 死亡日： 年 月 日		Place of Death : <input type="radio"/> Medical institution <input type="radio"/> Place of residence <input type="radio"/> Other() 死亡地点： <input type="radio"/> 医疗机构 <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 其他()	
	2.5.2 Visit to medical institution 2.5.2 医疗机构利用记录	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No ➡ the following questions should only be asked if the case reports 'yes' <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有 ➡ 记述下面		
	Type of visit(+) 访问形式(+)	Name of medical institution 医疗机构名称	Date/Period 时间/期间	ICU Admission 重症监护室住院
	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> 门诊 <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> 急诊室 <input type="radio"/> Inpatient <input type="radio"/> 住院		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是
	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> 门诊 <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> 急诊室 <input type="radio"/> Inpatient <input type="radio"/> 住院		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是
2.6 History of smallpox vaccination 2.6 痘瘡接种	<input type="radio"/> Yes (➡ Date of vaccination:) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> 有 (➡ 接种年度:) <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 不知道			
2.7 Underlying disease 2.7 基础疾病	<input type="radio"/> Yes (➡ Specify:) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 有 (➡ 疾病名:) <input type="radio"/> 无			
2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) 2.8 免疫力低下疾病	<input type="radio"/> Yes (Date of initial diagnosis: ____/____/____(YYYY/MM/DD), name of disorder:) <input type="radio"/> 有(最初诊断日: 年 月 日, 病名:) <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 不知道			
2.9 Pregnancy status 2.9 怀孕与否	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无 (If yes, gestational age: ____weeks / Estimated date of delivery: ____/____/____(YYYY/MM/DD) (怀孕周数): 周)(预产期: 年 月 日)			
2.10 Differential diagnosis 2.10 其他	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) 有无排除诊断(水痘、带状疱疹、麻疹、疥疮、梅毒、疟疾等) (除上述以外, 有其他医学状态(或猴头疮外疑似诊断名)时追加记述)			

3. Travel history 3. 国外访问履历		📖 Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset 📖 症状发生前21天以内的海外访问相关事项中标示✓或记述				
3.1 Travel history (within the past 21 days) 3.1 国外访问与否	<input type="checkbox"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history) <input type="checkbox"/> None (Move to Section 4. Risk Exposure) <input type="checkbox"/> 有 (确认下面的国外访问) <input type="checkbox"/> 无 (转至提问4. “危险因素曝光履历”)					
3.2 Immigration information (to and from South Korea) 3.2 韩国出入境信息	Date of Departure (from South Korea) 出境日期	____/____/____(YYYY/MM/DD) 年 月 日				
	Date of Arrival (To South Korea) 入境日期	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time 年 月 日 时				
	Modes of transportation 入境方法	<input type="checkbox"/> Air (Flight number: Airline: Seat number:) <input type="checkbox"/> 航空公司 (飞机航班: 航空公司名: 座位号: ()) <input type="checkbox"/> Vessel/ship (Ship number: Name of company:) Location where most time you remained:) <input type="checkbox"/> 船舶 (船舶航班: 船舶公司名: 船舱使用位置:)				
3.3 Visited Countries or cities /period of visit 3.3 访问国家名称、地区及期间	Countries 访问国家名称	Cities 访问城市名	Date 访问期间	Airport transit 机场转机	Was it monkeypox endemic or non- endemic county? 危险/发生地域 与否	
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是	
3.4 Accompanying persons 3.4 访问类型	<input type="radio"/> Solo travel/visit <input type="radio"/> Accompanying two or more persons (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:) <input type="radio"/> 个人访问、旅行 <input type="radio"/> 两人以上同行 (家人、同事等; 同行者: 名)					

		<input type="checkbox"/> Wild animal 接触类型: <input type="checkbox"/> 宠物(啮齿类等) <input type="checkbox"/> 野生动物尸体 <input type="checkbox"/> 野生动物 <input type="checkbox"/> 其他()																
4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks) 4.4 性接触履历 (最近3周以内)	Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset? 在症状出现前21天内有过性接触吗?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Refuse to respond <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是 <input type="radio"/> 不知道 <input type="radio"/> 拒绝回答																
	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> 回答‘是’时,	Number of partners : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more <input type="radio"/> Refuse to respond 对象数: <input type="radio"/> 1名 <input type="radio"/> 2名以上 <input type="radio"/> 拒绝回答 Relationship with partner(s): <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Acquaintances <input type="radio"/> by chance <input type="radio"/> Refuse to respond 与对象者关系: <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 熟人 <input type="radio"/> 偶然 <input type="radio"/> 拒绝回答																
4.5 Blood transfusion donation history 4.5 献血与否	Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? 在出现症状前21天内是否献过血或输过血? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 不是																	
	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> 回答‘是’时,	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Donated</td> <td>Place:</td> <td>Date:</td> <td>____/____/____(YYYY/MM/DD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 献血</td> <td>地点:</td> <td>日期:</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Received</td> <td>Place:</td> <td>Date:</td> <td>____/____/____(YYYY/MM/DD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 输血</td> <td>地点:</td> <td>日期:</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Donated	Place:	Date:	____/____/____(YYYY/MM/DD)	<input type="checkbox"/> 献血	地点:	日期:	年 月 日	<input type="checkbox"/> Received	Place:	Date:	____/____/____(YYYY/MM/DD)	<input type="checkbox"/> 输血	地点:	日期:	年 月 日
<input type="checkbox"/> Donated	Place:	Date:	____/____/____(YYYY/MM/DD)															
<input type="checkbox"/> 献血	地点:	日期:	年 月 日															
<input type="checkbox"/> Received	Place:	Date:	____/____/____(YYYY/MM/DD)															
<input type="checkbox"/> 输血	地点:	日期:	年 月 日															
4.6 Other suspected exposures 4.6 接触其他可疑感染源	Secify 调查对象者有其他可疑感染源时记述																	

5. Case classification and Management 5. 病例分类·措施		<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items <input type="checkbox"/> 在相应事项上标示✓或记述
5.1 Date of notification received 5.1 申告受理日期	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: ____:____:____ 年 月 日 时	
5.2 Outcome of case classification 5.2 病例分类结果	Epidemiological links 流行病学关联性	<input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> 有(确认发生地区的访问及危险度暴露等) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) <input type="radio"/> 无(未访问发生地区等)
	Clinical signs and symptoms 临床症状·征兆	<input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition <input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions <input type="radio"/> 符合病例定义 <input type="radio"/> 不符病例定义
	Outcome of case classification 病例分类结果	<input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a case <input type="radio"/> 疑似患者

	○无相关病例			
<Note on case classification> <病例分类参考>	Classification 区分		Monkeypox clinical signs and symptoms 猴头疮临床症状・征兆	
			Meet clinical criteria 符合	Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) 未符合（非特异症状）
	Epidemiological links (Risk level) 流行病学关联性 (危险度)	Presence 有	Suspected case 疑似患者	Not applicable 无关
		Absence 无	Not applicable 无关	Not applicable 无关
★ Admitted in the isolated ward and subject to testing ★ 隔离住院 检查对象	※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis. ※ 即使没有流行病学关联性，一旦被感染内科、肛肠科、泌尿科、皮肤科医生诊断为疑似猴痘时，可以分类为疑似患者，但这种情况下，必须对病例调查项目中的流行病学关联性，排斥诊断等问题，委托市道・区域对应中心的流行病学调查组再次确认。			
5.3 Patient transfer 5.3 移送患者	Patient transfer 移送与否	○Transfer ○NOT necessary (because the medical institution has isolation bed units)) ○ NOT eligible(not a case) ○移送 ○不必要(有隔离病床的医疗机关) ○未符合(不是对象)		
	Means of transport 移送手段	○Public Health Center ○Quarantine Station ○119 Ambulance ○Other: _____ ○保健所 ○检疫所 ○119救护车 ○其他: _____		
5.4 Quarantine 5.4 隔离住院	Location of isolation 隔离地点	○Government-designated inpatient treatment beds ○Negative pressure isolation beds in general hospitals ○Other (specify: _____) ○ 国家指定的住院治疗病床 ○ 一般医院 负压病床 ○ 其他()		
	Name of Medical Institution 医疗机构名称			
	Start date of Isolation 隔离开始日期	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: ____ 年 月 日 时		

6. Laboratory test

6. 实验室检查

☞ Choose any relevant items below

☞ 在相应事项上标示✓或记述

6.1 Diagnostic tests 6.1 实行检查		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> 未实行	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> 实行
Type of specimen 检查种类	Sample (+) 检体(+)	Date of specimen collected (YYYY/MM/DD) 检体采集日期	Name of agency conducting laboratory test 检查机关 Test result 检查结果及种类
	<input type="radio"/> Skin lesion fluid <input type="radio"/> 皮肤病变液 <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> 未实行	<div>____/____/____</div> <div>(YYYY/MM/DD)</div> <div>年 月 日</div>	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> 疾病管理厅 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> 保健环境研究院 <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> 阳性 <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> 阴性 <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> 未决定 <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> 检查中 <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> 其他()
	<input type="radio"/> Skin lesion tissue <input type="radio"/> 皮肤病变组织 <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> 未实行	<div>____/____/____</div> <div>(YYYY/MM/DD)</div> <div>年 月 日</div>	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> 疾病管理厅 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> 保健环境研究院 <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> 阳性 <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> 阴性 <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> 未决定 <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> 检查中 <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> 其他()
	<input type="radio"/> Scab <input type="radio"/> 痂皮 <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> 未实行	<div>____/____/____</div> <div>(YYYY/MM/DD)</div> <div>年 月 日</div>	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> 疾病管理厅 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> 保健环境研究院 <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> 阳性 <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> 阴性 <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> 未决定 <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> 检查中 <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> 其他()
	<input type="radio"/> Oropharyngeal smear <input type="radio"/> 口咽拭子 <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> 未实行	<div>____/____/____</div> <div>(YYYY/MM/DD)</div> <div>年 月 日</div>	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> 疾病管理厅 <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> 保健环境研究院 <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> 阳性 <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> 阴性 <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> 未决定 <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> 检查中

	(Specify: _____)
	• 同一运输工具利用者 (种类: _____)
	• Other (_____) person(s) • 其他 (_____) 名
<p>* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form'</p> <p>* 接触者调查及详细现状请填写 '相应格式: 密接 (接触) 及次密接者调查表'</p> <p>* Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system</p> <p>* 列入网页系统输入对象的接触者及输入时间等请参考指南正文</p>	

8. Final decision		☞ Choose or fill out any relevant items below
8. 最终决定		☞ 在相应事项上标示✓或记述
8.1 case management result	<input type="radio"/> Under treatment <input type="radio"/> Discharged after recovery (__/__/__(YYYY/MM/DD)) <input type="radio"/> Died __/__/__(YYYY/MM/DD)	
8.1 措施结果	<input type="radio"/> 治疗中 <input type="radio"/> 回复后出院 (年 月 日) <input type="radio"/> 死亡 (年 月 日)	
8.2 Final result	<input type="radio"/> Confirmed case <input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a patient (Diagnosis: _____)	
8.2 最终结果	<input type="radio"/> 患者 <input type="radio"/> 医生患者 <input type="radio"/> 不是患者 (诊断名称: _____)	
<p>☞ If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics:</p> <p>☞ '患者'时, 表示临床行:</p>		

9. Contact tracing		☞ Choose or fill out any relevant items below															
9. 跟踪调查		☞ 在相应事项上标示✓或记述															
9.1 Contact tracing results	<input type="radio"/> Ongoing <input type="radio"/> Finished																
9.1 跟踪调查结果	<input type="radio"/> 进行中 <input type="radio"/> 结束																
		Number of Contacts: Total _____ person/s 接触者数: 共 _____ 名				Patient: _____ person (name: _____) 发生患者: _____ 名 (姓名: _____)											
		Number of contacts in the live-in family _____ 同居家属接触者人数				<input type="radio"/> Yes (_____ person/s) <input type="radio"/> 有 (_____ 名)				Number of contacts other than live-in family _____ (incl. health care workers) 同居家族接触者数 (包括医务人员)				<input type="radio"/> Yes (_____ person/s) <input type="radio"/> 有 (_____ 名)			
		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> 无								<input type="radio"/> No <input type="radio"/> 无							
9.2 List of contacts																	
9.2 接触者姓名																	
Name (+) 姓名 (+)	Day of Birth 出生年月日	Gender 性别	Relationship 关系	Date of the latest contact 最终接触日	Address (city, county, gu) 地址 (市郡区)	Mobile number 电话号码	Nationality 国籍	Occupation 职业	Name of work place 单位名称	Symptoms 症状有无	Risk exposure level 接触类型	Quarantine status 隔离区分	Smallpox Vaccination 猴痘疫苗接种与否				

[illegible]